



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE SSR DE L'ELORN

**30 Rue Claude Bernard
29411 Landerneau
JUILLET 2018**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
DROITS DES PATIENTS	15
PARCOURS DU PATIENT	19
DOSSIER PATIENT	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de santé a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés et l'ensemble des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle tient compte notamment de leur organisation interne et de la satisfaction des patients.

Il s'agit d'une procédure obligatoire qui intervient périodiquement tous les 4 ans.

La certification consiste en une appréciation globale et indépendante de l'établissement afin de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge des patients. Elle s'attache plus particulièrement à évaluer l'existence et la maturité de projets relatifs à la qualité et à la sécurité et en conséquence, la capacité de l'établissement à identifier et maîtriser ses risques et à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

Pour conduire son évaluation, la Haute Autorité de santé se réfère à un référentiel qu'elle a élaboré : le Manuel de certification publié sur son site internet. La version du Manuel de certification applicable est celle en vigueur à la date de la visite.

Si elle ne se substitue pas aux inspections et contrôles de sécurité sanitaire diligentés par les autorités de tutelle, la certification fournit aux ARS une évaluation externe qualifiée sur le niveau de maturité des différentes composantes de la qualité et de la sécurité des soins des établissements de santé.

Elle est une certification globale et non une certification de toutes les activités de l'établissement. En effet, le dispositif mis en place (référentiel général, visite non exhaustive, experts-visiteurs généralistes) porte sur le fonctionnement global de l'établissement et n'a pas vocation à analyser spécifiquement le fonctionnement de chaque secteur d'activité.

2. La certification V2014

Le développement d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé nécessite une étape première de développement d'une culture partagée et d'une maîtrise des processus transversaux clés pour la qualité et la sécurité des soins.

Avec la V2014, la certification évalue :

- l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité ;
- les résultats obtenus mesurés par l'atteinte d'un niveau de qualité et de sécurité sur des critères jugés essentiels à savoir les « pratiques exigibles prioritaires » (PEP).

Ce double regard permet à la certification de s'adapter aux diverses situations des établissements et offre à ces derniers un diagnostic régulier favorisant l'actualisation des plans d'actions d'amélioration, tant sur les aspects managériaux que sur les aspects opérationnels.

Pour la V2014, la HAS a choisi une approche par thématique. Une liste de thématiques a été établie qui fait la correspondance avec les critères du Manuel de certification.

Pour chaque établissement, la Haute Autorité de santé établit un programme de visite comprenant :

1. Des audits sur :

- des thématiques communes à tous les établissements de santé ;
- des thématiques spécifiques à l'établissement définies par la HAS après analyse du compte qualité de l'établissement, du document d'interface HAS-établissement-Tutelles et de toute autre information dont elle a eu connaissance.

• et, par exception, sur des thématiques supplémentaires ajoutées en visite dans le cas où un dysfonctionnement est observé sur une thématique non inscrite au programme initial de visite.

2. Des investigations selon la méthode du patient-traceur : cette dernière permet d'évaluer la prise en compte des critères de la certification dans le registre de la prise en charge réelle d'un patient.

Le présent rapport rend compte de l'évaluation réalisée par les experts-visiteurs sur l'existence d'un système de pilotage de l'établissement pour ce qui a trait à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des prises en charge dans chacun des secteurs d'activité (avec une obligation de résultat sur des critères jugés prioritaires - les PEP) ainsi que sur la maturité des démarches qualité risques, en particulier leur déploiement au plus près des équipes et de la prise en charge des patients.

Etabli après une phase contradictoire avec l'établissement, le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle. Il est rendu public.

3. Les niveaux de certification

Sur chaque thématique investiguée en visite, la Haute Autorité de santé peut prononcer :

- des recommandations d'amélioration,
- des obligations d'amélioration,
- des réserves.

Les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves traduisent le niveau de maturité de chaque thématique évaluée c'est-à-dire la capacité de l'établissement à maîtriser les risques identifiés, à atteindre les objectifs de la thématique et à fonctionner selon un dispositif d'amélioration continue. La maturité de chaque thématique est fondée sur les conformités et écarts identifiés au cours de la visite de certification, pour chaque sous-étape du « PDCA » ; l'ensemble répondant à la définition d'un niveau de maturité objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

Dans certaines situations, les recommandations d'amélioration, les obligations d'amélioration et les réserves peuvent traduire l'existence d'une situation à risque pour les personnes non maîtrisée par l'établissement.

Au final, la HAS décide, les niveaux de certification suivants :

- une décision de certification (A),
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs recommandations d'amélioration (B) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de certification assortie d'une ou plusieurs obligations d'amélioration (C) (et d'éventuelles recommandations d'amélioration) sur les thématiques investiguées en visite,
- une décision de non-certification (E).

La HAS peut également décider de surseoir à statuer pour la certification (D) en raison de réserves sur les thématiques investiguées en visite, ou d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux rendu par la commission qui en est chargée dans chaque département.

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - P = Plan : prévoir - D = Do : réaliser - C = Check : évaluer - A = Act : agir ou réagir
Objectifs et programme de visite	Les objectifs de visite, établis en amont de la visite par la HAS, consistent à contextualiser les audits sur des thématiques communes à tous les établissements, motiver le choix des audits sur des thématiques spécifiques à l'établissement (1 à 3 audits) et définir les investigations selon la méthode du patient-traceur. Cela se traduit, pour chaque établissement, par l'élaboration d'un programme de visite.
Patient traceur : <i>Sigle PT</i>	Méthode d'évaluation rétrospective qui consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.
Preuve	Justification de l'écart, c'est-à-dire ce qui a été observé ou entendu au travers des différents entretiens, visites terrain ou patient traceur.
Qualification des écarts	Niveau de criticité de l'écart identifié et conformité en synthèse collective. Il existe en 3 niveaux de qualification : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels. o Ou, écart qui n'entraîne pas de risque de rupture de système (par exemple, par manque d'antériorité, de structuration et/ou d'appropriation). - <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels o Ou, écart indiquant une rupture du système. - <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> o Ecart indiquant des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients ou des professionnels de manière grave et immédiate et pour lequel il n'existe aucune mesure appropriée de récupération ou d'atténuation o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

2.1 La caractérisation générale qui précise la problématique de la thématique. Cette partie, élaborée par la HAS, est identique pour tous les établissements de santé.

2.2 Les résultats de l'établissement :

- a. **Une représentation graphique** permet à l'établissement de visualiser son niveau de maturité à partir des colorations obtenues et d'évaluer sa marge de progrès.
- b. **Une synthèse générale sur le niveau de maîtrise de la thématique.** Rédigée selon les étapes du PDCA, elle présente les conformités et les écarts observés lors de l'audit processus et intègre le cas échéant, les constats des évaluations par patient-traceur.
- c. **Un tableau des écarts** qui recense l'ensemble des écarts relevés, tels qu'énoncés dans la synthèse. Chaque écart y est qualifié et rattaché au référentiel applicable. **Non publié**, ce tableau n'est à disposition que de l'établissement qui peut ainsi savoir précisément, ce qui doit être amélioré.

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE SSR DE L'ELORN	
Adresse	30 rue claudes bernard 29411 Landerneau
Département / région	FINISTERE / BRETAGNE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	290030592	EURL SSR DE L'ELORN	30 rue claudes bernard 29800 LANDERNEAU
Etablissement de santé	290000165	CLINIQUE SSR DE L'ELORN	30 rue claudes bernard 29411 Landerneau

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation
SSR	SSR	67

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	/
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :
- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles ont été visées par l'Agence Régionale de Santé.

4. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de santé

La participation de l'établissement au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé est effective.

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

La Haute Autorité de santé a défini des objectifs de visite, établis sous forme d'une liste de thématiques à auditer et de patients-traceur à réaliser.

Seuls les audits de processus inscrits dans les objectifs de visite font l'objet du présent rapport.

Dans le cas où un dysfonctionnement est observé en cours de visite sur une thématique non inscrite au programme de visite, les experts-visiteurs peuvent conduire des investigations supplémentaires et ajouter cette thématique au programme.

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
FONCTIONS SUPPORTS

2. Liste des évaluations réalisées par la méthode du patient-traceur

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	SSR	Affections des personnes âgées polypathologiques	Programmé	Ayant des troubles de l'équilibre	SSR
2	Personne âgée	SSR Unité Transversale de Nutrition Clinique	Affections des personnes âgées polypathologiques	Programmé	Ayant des troubles de la nutrition	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

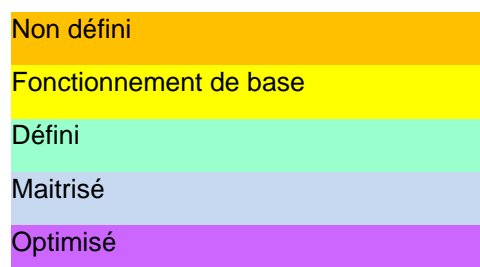
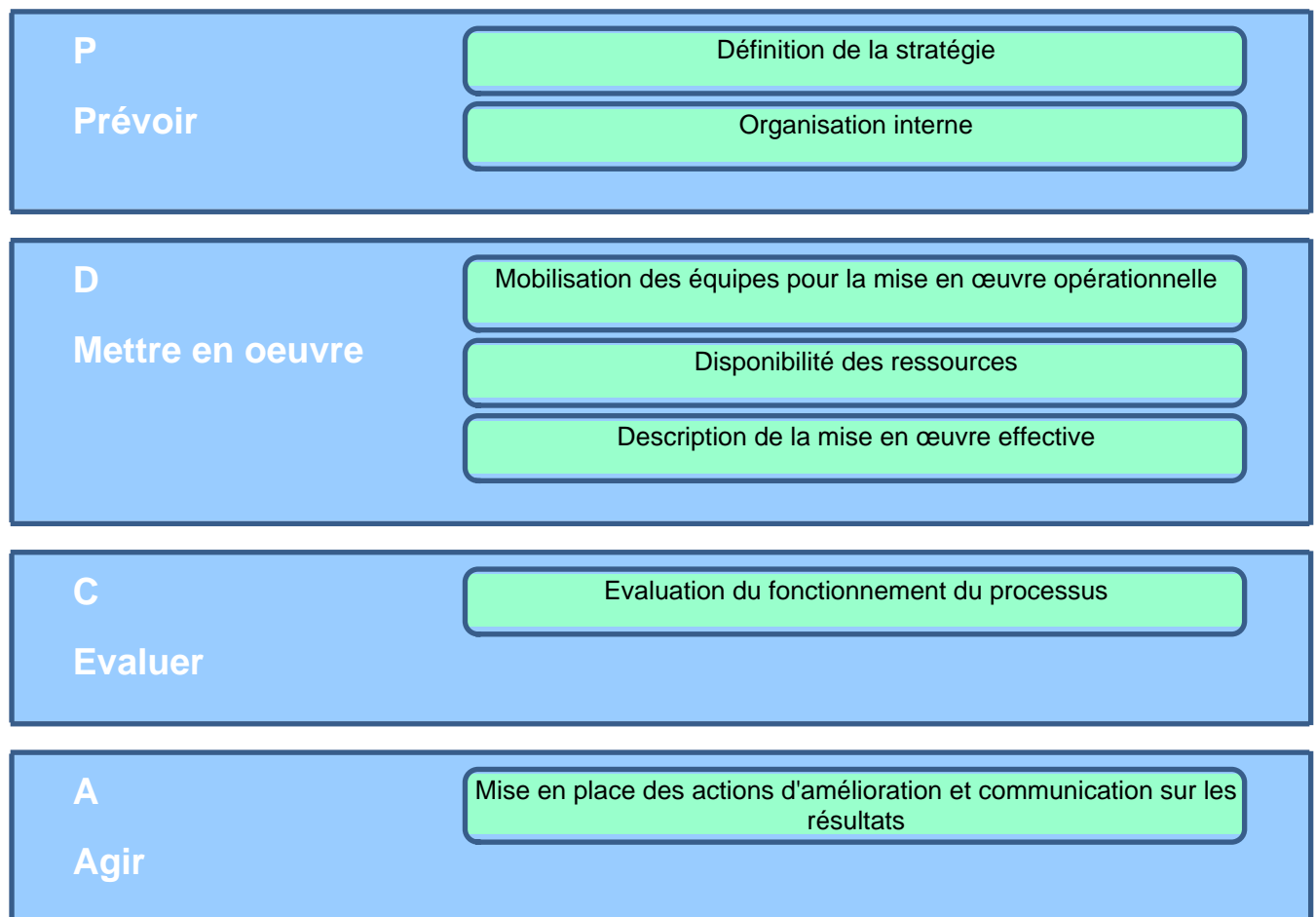
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique de l'Elorn à Landerneau est un établissement faisant partie d'un pôle hospitalier privé du Groupe Elsan qui regroupe trois cliniques sur le secteur de Brest. Dans le cadre de cette offre de soins diversifiée, la Clinique de l'Elorn dispose de 67 lits de SSR avec une spécialisation à caractère gériatrique. Le regroupement avec une clinique privée de SSR de réadaptation, la Clinique Kerléna de Roscoff, (Projet Cap Horn), est en cours de réalisation sur un site toujours situé à Landerneau.

Sa politique d'amélioration de la Qualité et de Gestion des Risques et de la sécurité des soins est intégrée dans ses orientations stratégiques. Cette politique a été élaborée à partir d'une identification des besoins propres à l'établissement, de son contexte et des risques liés à son cœur de métier, la prise en charge en SSR avec une spécialisation pour les Personnes Âgées. Elle inclut la stratégie des EPP, les obligations légales réglementaires et la gestion de crise. Les attentes des usagers y sont prises en compte.

Les différentes composantes qui concourent au Management de la Qualité et de la Gestion des Risques(MQGR) sont coordonnées au moyen d'un Comité de Pilotage (COFIL) qui réunit les principaux acteurs en charge des processus ou des instances.

Une démarche d'évaluation des risques a priori adaptée est en place. Elle inclut la méthodologie de hiérarchisation des risques ainsi que leur modalité de traitement. Le traitement des événements indésirables répond aux exigences attendues. Il est structuré autour d'une analyse des causes, y compris profondes, grâce à une méthodologie adaptée et participative prévoyant la réalisation de CREX selon le niveau de gravité de l'évènement.

Une stratégie visant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans le MQGR est en place, y compris pour ce qui concerne les EPP qui sont suivies par la CME. Lors de l'élaboration de la cartographie des risques, les équipes de l'établissement se sont mobilisées et ont apporté leurs contributions à l'élaboration du Compte-Qualité(CQ) qui est une émanation du Plan d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS). L'établissement a choisi de développer le management qualité par le biais de la méthode des processus. La cartographie des risques identifie les risques pour l'ensemble des processus. Ces risques sont évalués par la méthode proposée par la HAS, ce qui génère le positionnement des actions prioritaires. Le catalogue des risques intègre l'ensemble des domaines attendus : instances, FEI et FEIG, plaintes et réclamations, risques professionnels, indicateurs IPAQSS, plan blanc, contrôles techniques et réglementaires, alertes ARS, recommandations issues des audits internes et externes. Le PAQSS-CQ est unique, formalisé et structuré conformément aux analyses, indicateurs et objectifs propres à l'établissement. Ce programme est validé par les instances et connu par les professionnels. Son élaboration inclut les actions classées prioritaires en fonction des contrôles internes et externes. Il est présenté annuellement aux instances. Les plans d'action sont suivis au moyen de tableaux de bord comportant les indicateurs arrêtés et validés par le COFIL qui regroupe les pilotes et les responsables d'instances aux côtés de la direction. Les plans d'urgence sont établis. Le Plan Blanc est évalué annuellement.

La représentation des usagers concourt à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDU).

ORGANISATION INTERNE

La Clinique de l'Elorn a organisé le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de façon opérationnelle et structurée. Les missions et responsabilités pour organiser et développer les EPP sont définies. La fonction de Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins (COGRAS) incombe à la directrice des soins formée à la gestion des risques. Elle a été formalisée et validée par la direction et la CME. Elle est définie par une fiche de poste. La responsable qualité et une assistante qualité disposant d'une formation adéquate sont présentes. Leur rôle de coordination et leurs missions sont définis dans une fiche de poste. L'assistante qualité est, en particulier, chargée de la gestion du logiciel spécialisé qui structure le système documentaire de l'établissement.

Les responsables des instances sont désignés et leurs missions décrites. Il en est de même pour les pilotes de thématiques ou des professionnels chargés de conduire un plan d'action spécifique. Les ressources nécessaires en effectifs et compétences sont donc identifiées en adéquation avec le processus.

Les besoins en formation initiale pour les professionnels concernés par les processus de hiérarchisation

et d'analyse des risques a priori ont été identifiés et les professionnels de la cellule qualité ont été formés.

L'ensemble de la documentation fait l'objet d'une informatisation intégrée dans le système d'information par un logiciel spécialisé. Ce dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels. Il comprend, entre autre, l'ensemble des procédures et protocoles, le processus des FEI, les résultats des évaluations et les vecteurs de communication et d'information. Il assure la traçabilité de la prise en compte des documents par leurs destinataires.

La coordination des dispositifs de vigilance, de la veille sanitaire et de la gestion globale du MQGR est assurée par le COPIL qui se réunit tous les mois. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Elle se réalise dans les réunions des instances et, sur le terrain, par des réunions institutionnelles ainsi que par la publication d'un journal interne, des résultats des enquêtes et audits. Les correspondants du Management QGR ainsi que les pilotes sont régulièrement réunis.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels est articulée avec le traitement de signalement des Evènements Indésirables en association avec les représentants des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Clinique de l'Elorn a structuré sa démarche de Management QGR en identifiant ses objectifs et plans d'actions et en les mettant en œuvre dans le cadre de son organisation interne dans la logique de la structuration par processus et instances : Dossier du Patient, CLUD, patients traceurs ou enquête de satisfaction des usagers par exemple. Chaque secteur d'activité prend sa part dans le programme en place et s'organise en objectifs et plans d'action opérationnels ainsi que les visites de terrain ont permis de le constater. Des pilotes du Management QGR sont désignés en responsabilité dans chaque processus et les professionnels sont identifiés pour la conduite de chaque action qui est affectée d'un calendrier de réalisation.

Des actions d'évaluation et d'amélioration sont menées en transversalité grâce à la déclinaison du programme des EPP, du suivi hebdomadaire des FEI et, plus généralement, de l'ensemble des engagements décidés par le COPIL. L'analyse des FEI est conduite régulièrement en concertation avec les professionnels concernés. Leurs causes profondes sont traitées dans le cadre de CREX pratiquées en concertation avec la CME. Le nombre de déclarations est en augmentation : il passe de 230 en 2014 à 372 en 2016 et 165 pour les 6 premiers mois de 2017.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et matérielles nécessaires au processus MQGR de la Clinique de l'Elorn sont en place : les professionnels sont désignés et des formations sont réalisées dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité. A titre d'exemple de ces actions : formation à la coordination des risques associés aux soins, à l'analyse de patient traceur. La formation des nouveaux arrivants comporte un volet sur le management de la qualité et de la gestion des risques avec un support pédagogique dans le cadre du « Parcours d'intégration ».

Le dispositif de gestion documentaire est disponible sur l'ensemble des postes informatiques des différents secteurs de l'établissement. Il est actualisé et accessible en temps réel en fonction des habilitations. Il regroupe l'ensemble des procédures et protocoles.

Les locaux et équipements requis sont affectés : des ordinateurs fixes ou portables sont présents et protégés; la maintenance est assurée par des personnels de l'établissement ou par des prestataires. Les locaux sont entretenus et adaptés à l'activité et ont été rénovés récemment. Les interventions urgentes nécessaires sont réalisées dans le cadre d'un système d'astreintes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le PAQSS de la Clinique de l'Elorn fait l'objet d'une déclinaison structurée au moyen de plans d'actions intégrés et opérationnels.

L'établissement met en œuvre des démarches appropriées en fonction des sources : recommandations issues des contrôles réglementaires ; situations de crise et plans d'urgence. La cellule de crise est en place. Elle a d'ailleurs eu à gérer un évènement grave en lien avec un patient porteur de BMR hautement résistante pour lequel l'établissement n'avait pas été averti par l'établissement adresseur. Le processus de recueil et de traitement des plaintes et réclamations est présent. Les vigilances et la veille sanitaire sont organisées ainsi que le suivi des FEI. Les plaintes et réclamations impliquant les professionnels et les représentants des usagers sont analysées et, au besoin, contribuent à l'élaboration du PAQSS.

La CME et son Bureau réalisent le déploiement, le suivi et l'impact des démarches d' EPP au moyen de bilans réguliers : point d'avancement, analyses de CREX. Ces démarches se font en lien avec la directrice des soins en charge des risques associés aux soins. La traçabilité des actions est réalisée par les comptes rendus systématiques qui sont disponibles sur le logiciel de documentation.

Les équipes connaissent la politique MQGR et sont informées de son actualité par les comptes rendus du COPIL, par le système de documentation, par le journal interne ainsi que par les divers comptes rendus. De plus, la responsable et l'assistante qualité, la gestionnaire des risques associés aux soins et les cadres référents se déplacent régulièrement pour faire le point en direct avec les équipes.

Le PAQSS-CQ est soumis aux instances qui ont connaissance également des tableaux de bords de suivi des indicateurs QGR. Il en est de même du plan blanc. Les représentants des usagers ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du PAQSS et CQ dans le cadre de la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique de l'Elorn procède à l'évaluation du système de Management QGR en fonction des indicateurs de ressources et de qualité définis et adaptés à ses activités.

Elle produit des tableaux de bord issus de son PAQSS et du CQ et les indicateurs retenus, souvent en lien avec des audits. Parmi les nombreux indicateurs suivis par la clinique, on peut citer : le suivi des FEI, le nombre de plaintes, les analyses issues des questionnaires de sortie, les revues régulières de dossiers en lien avec les items des IPAQSS, le nombre et la nature des CREX. Un planning annuel de recueil des indicateurs est programmé. Chaque instance ou pilote de processus suit les indicateurs réglementaires ou ceux définis dans son champ de compétence. Le suivi du PAQSS est réalisé trimestriellement et il donne lieu à un bilan annuel.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est conduite chaque année en lien avec la CDU. Elle s'appuie sur l'analyse des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations et des demandes de dossier.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le COPIL et les instances de la Clinique de l'Elorn procèdent au réajustement annuel du PAQSS en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, y compris pour la stratégie de développement des EPP. Pour ce faire, il s'appuie sur l'ensemble des tableaux de bord, indicateurs, audits et bilans mis en place et suivis régulièrement lors des réunions.

Le suivi régulier des indicateurs et tableaux de bord entraîne des actions complémentaires ou récursives selon le cas. Les actions d'amélioration concernent l'ensemble des secteurs et thèmes d'activité : hygiène, médicaments, respect des droits, dossier médical, suivi des patients, identitovigilance.

Des éléments comparatifs permettent à la Clinique de l'Elorn de se situer par rapport aux autres structures locales et nationales ainsi que par le biais des éléments d'analyse de l'activité des établissements du secteur sanitaire.

L'ensemble des démarches d'évaluation et les actions d'améliorations qui en découlent sont communiquées aux professionnels par le compte-rendu des instances et du suivi du PAQSS, par le journal interne et les réunions de service. Les représentants des usagers sont largement destinataires des informations lors des réunions régulières de la CDU.

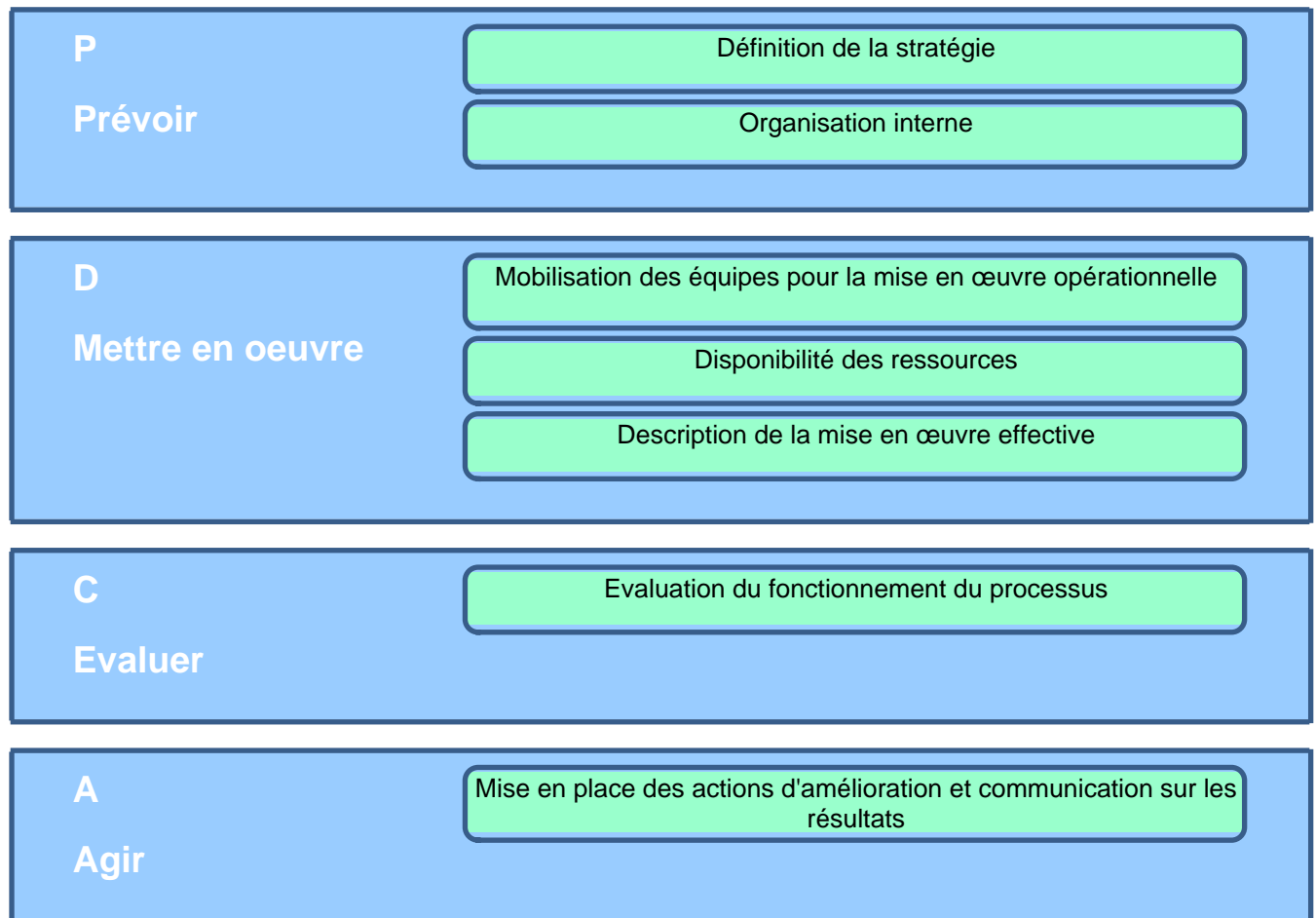
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique de l'Elorn à Landerneau est un établissement faisant partie d'un pôle hospitalier privé du Groupe Elsan qui regroupe trois cliniques sur le secteur de Brest. Dans le cadre de cette offre de soins diversifiée, la Clinique de l'Elorn dispose de 67 lits de SSR avec une spécialisation à caractère gériatrique. Un projet de regroupement avec une clinique privée de SSR de réadaptation, la Clinique Kerlena de Roscoff (Projet Cap Horn), est en cours de réalisation sur un site toujours situé à Landerneau.

La politique du respect des droits des patients de la clinique est inscrite dans les orientations stratégiques et ses projets en association avec la Commission Des Usagers (CDU) et avec la CME.

L'identification des risques en lien avec les droits du patient trouve sa source dans les Fiches d'Evènements Indésirables (FEI), les enquêtes tant auprès des résidents que des personnels, par l'analyse des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations ainsi que dans les facteurs potentiellement générateurs de maltraitance ou d'atteinte au principe du respect de la confidentialité des données relatives au patient. Les risques sont hiérarchisés avec la méthode proposée par la HAS par le biais d'une cartographie.

Le respect des droits du patient prend en compte les thèmes qui lui sont associés : bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, toujours en association avec la CDU. La promotion de la bienveillance est intégrée dans les projets de l'établissement.

Le programme d'amélioration spécifique aux droits des patients définit pour chacune des actions les modalités de suivi. Il est coordonné avec le Compte Qualité, émanation du PAQSS global, qui a retenu 6 risques principaux auxquels sont associés 14 plans d'actions.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique de l'Elorn a mis en place une organisation pour piloter et administrer la politique liée aux droits du patient. Les rôles et responsabilités des professionnels en charge de cette fonction sont définis : la Responsable Qualité et les cadres administratifs et soignants disposent de fiches de mission dans ce domaine particulier. L'instance chargée du processus « Droits du Patient » analyse et conduit les actions relevant de cette thématique. L'établissement détermine une politique de formation visant à promouvoir les droits du patient et permettant de développer les compétences utiles. (pourvoir aux ressources nécessaires en effectif et compétences. Des actions de formation spécifiques au respect des droits du patient sont programmées).

Les besoins en processus sont identifiés et formalisés ainsi que les procédures qui en découlent. Ils concernent l'ensemble des thèmes concernés par la mise en œuvre des Droits Du Patient : les dispositions en matière de signalement des cas de maltraitance, ainsi que celles relatives à l'accueil et à l'accompagnement de l'entourage, à l'information du patient sur son état de santé, sur le consentement éclairé et le refus de soins incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, l'association du patient à son Projet de Soins ainsi qu'à l'accès à son dossier.

Les équipements et la signalisation répondent aux besoins et attentes des usagers. La gestion des interfaces facilite la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Clinique de l'Elorn a identifié dans ses projets de service les situations nécessitant une restriction des libertés individuelles dont le respect est garanti par la mise en œuvre de dispositions adéquates. De même, le recueil de la volonté du patient incluant, éventuellement, ses directives anticipées, est effectif ; il en est de même pour la réflexion bénéfice-risque. En cas de diagnostic grave, le patient est informé par le médecin.

Des actions correctives sont déployées en cas de non atteinte des objectifs fixés ou en cas non maîtrise des bonnes pratiques. Les informations recueillies par l'analyse des questionnaires de satisfaction, des audits ainsi que par l'analyse des FEI, permettent l'émergence de ces démarches.

En lien avec le CLUD, l'éducation du patient à la douleur est assurée par une démarche pédagogique des professionnels à l'utilisation d'échelles d'évaluation adaptées aux compétences cognitives des patients.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de La Clinique de l'Elorn reçoivent des formations visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ainsi qu'aux droits des patients (15 personnes formées sur un effectif de 40) et à son information en cas de dommage lié aux soins.

Les droits des patients sont inscrits au programme « Parcours d'intégration » de la réunion de formation des nouveaux arrivants.

Les personnels disposent des locaux et matériels nécessaires à leur activité : locaux pour l'accueil, locaux techniques, postes informatiques.

La documentation est portée par un logiciel spécialisé qui est disponible sur tous les postes informatiques de l'établissement pour l'ensemble du personnel. Son actualisation est assurée régulièrement par l'assistante qualité. Le logiciel comprend en particulier l'ensemble des procédures et protocoles dans chaque thématique avec traçabilité de la prise de connaissance des protocoles de soins pour les professionnels concernés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La Clinique de l'Elorn organise des actions visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance. 1 formation a eu lieu en 2016 sur le rôle et les missions de la CDU pour les représentants des usagers. En 2017, deux formations sur la bientraitance ont réuni 47 professionnels de la Clinique, plusieurs professionnels ont participé à une conférence sur les nouvelles dispositions de la loi Léonetti ainsi qu'à un poster sur les droits du patient. En outre, la clinique a mobilisé les professionnels dans le cadre de la prise en charge des patients en fin de vie : organisation de la pluridisciplinarité, conventions avec l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs du secteur ainsi qu'avec une association d'accompagnement, organisation de réflexions éthiques.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement, est assuré dans chambres doubles qui sont équipées de rideaux-paravents ainsi que cela a été constaté. L'organisation et les pratiques en vigueur permettent le respect de la confidentialité et du partage des informations relatives au patient. Pour ce qui concerne l'association mentionnée, ses représentants contribuent également à l'aide et au bien-être de l'ensemble des patients de l'établissement en assurant une présence régulière plusieurs jours par semaine.

Un accueil personnalisé du patient est réalisé ainsi que des actions de soutien de l'entourage dans les situations qui le nécessitent. Le patient et, le cas échéant son entourage, sont associés à son projet thérapeutique. Une information est délivrée par le médecin référent au patient en cas de dommage lié aux soins. La traçabilité de l'évaluation de la douleur est assurée par les professionnels comme cela a été constaté. Pour ce qui concerne la douleur, l'établissement a développé la prise en charge de la douleur morale par une mobilisation des professionnels soignants. Un Aide-Soignant a été formé à l'hypnose et d'autres formations sont prévues dans ce domaine. La détection de la douleur morale est réalisée chaque semaine pour tous les patients par le truchement d'une grille d'évaluation de 10 critères débouchant sur un score d'alerte qui déclenche des actions adaptées.

Les patients sont informés sur leurs droits et sur les missions de la CDU par le biais des supports de communication déployés par l'établissement : livret d'accueil, affiches, informations orales. Les coordonnées des représentants des usagers sont affichées et inscrites dans le livret d'accueil. Ils sont également informés de leurs droits d'accès à leur dossier par le livret d'accueil et par voie d'affichage dans l'établissement. Il en est de même pour la possibilité de désignation d'une personne de confiance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique de l'Elorn a procédé à une évaluation de son processus de prise en compte de la bientraitance et du respect des droits et de la satisfaction des patients et de son entourage au moyen de l'analyse programmée des FEI et des enquêtes de satisfaction (libertés individuelles, bientraitance, maltraitance, confidentialité).

Des indicateurs relatifs aux droits des patients sont suivis selon un planning annuel et revus trimestriellement en COPIL. Parmi ceux qui ont été relevés, on peut citer: le suivi de la participation des représentants des usagers à la vie institutionnelle, le suivi du retour des questionnaires de sortie, le suivi des actions du PAQSS en lien avec le processus, les plaintes et réclamations et l'évaluation de la connaissance par les patients sur le rôle et les missions de la CDU.

Le retour des questionnaires de sortie permet une analyse des remarques ou critiques qui sont traitées en association avec la CDU. Le délai moyen de réponse aux 4 plaintes et réclamations reçues par courrier en 2016 a été de 18 jours en 2016. Cette même année, il y a eu 8 demandes de dossier médical assorties d'un délai moyen de traitement de 6,6 jours.

Les actions d'évaluation relatives au respect des droits des patients sont inscrites au programme issu des

travaux de la CDU et sont intégrées au PAQSS et au CQ de l'établissement; les résultats de ces évaluations sont fournis lors des réunions trimestrielles de cette instance.

Ce dispositif d'évaluation et de suivi fait l'objet d'un bilan annuel auquel sont associées les instances concernées. Une vingtaine d'audits réguliers sont programmés annuellement sur la traçabilité du consentement éclairé, sur la prise en compte de la douleur, sur le respect des délais du traitement des plaintes et réclamations, sur l'activité de la CDU, sur la satisfaction des patients.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

La Clinique de l'Elorn mène des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus. Ces actions concernent l'ensemble du processus relatif aux droits des patients : respect de la dignité et de l'intimité, confidentialité des informations, satisfaction de l'entourage, restriction des libertés par la suppression des mesures de contention par une organisation adaptée, recueil du consentement et de la satisfaction, information en cas de dommage lié aux soins.

Le programme d'amélioration de la thématique des droits des patients est réajusté au moment de la revue annuelle de fin d'exercice du PAQSS et de la programmation pour l'année à venir.

La CDU est associée à ces démarches. Les professionnels et les usagers sont destinataires d'informations régulières lors des réunions des instances et de services. L'affichage réglementaire des résultats est présent.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

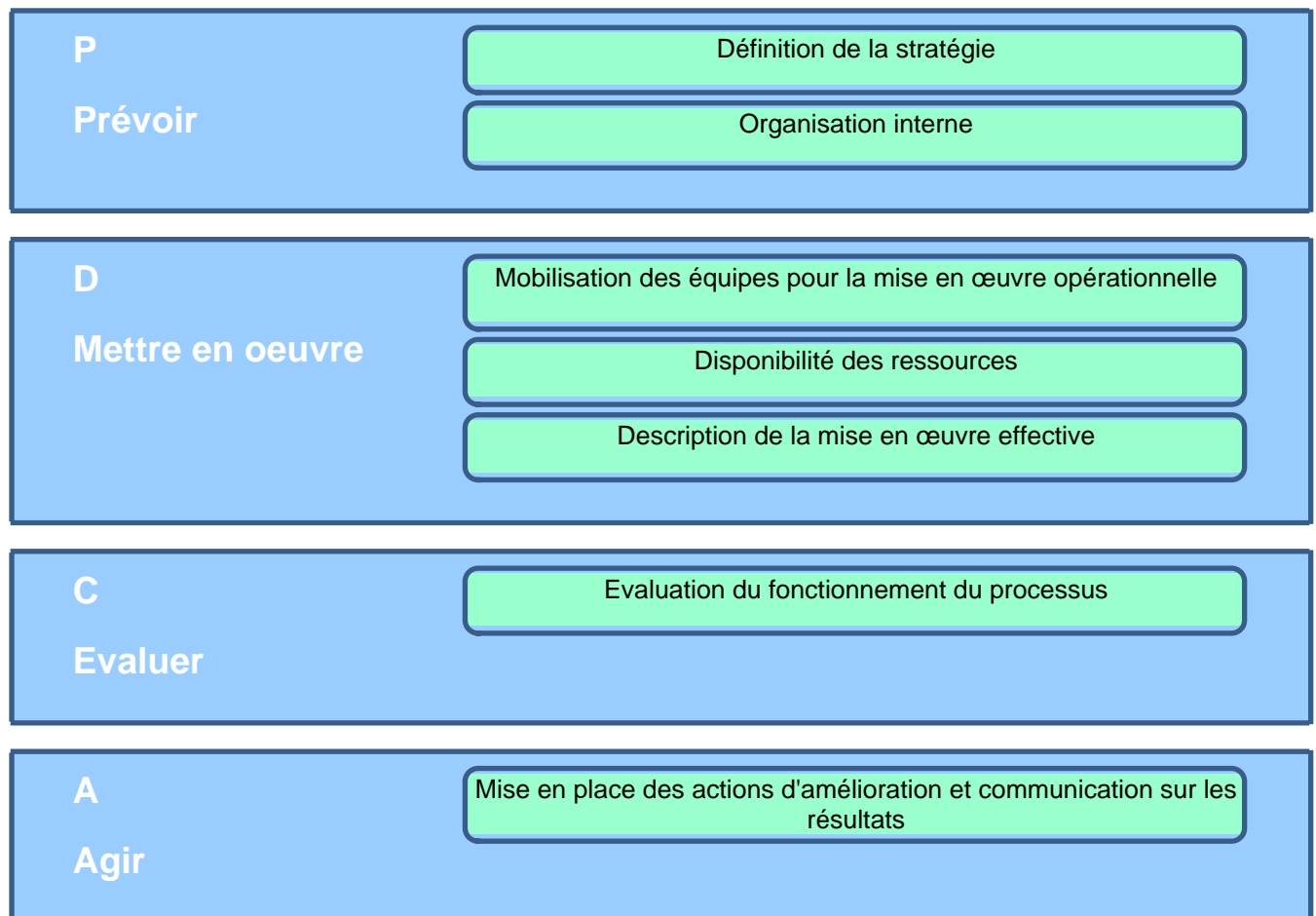
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et des secteurs d'activités qui, en étroite collaboration :

- organise et prend en compte les besoins de la population aux différentes étapes (accueil, prise en charge diagnostique et thérapeutique, sortie ou transfert) de la prise en charge des maladies aiguës, des maladies chroniques, des populations spécifiques ;
- structure et formalise les liens avec les acteurs extérieurs à l'établissement en développant les interfaces avec les professionnels de ville, les autres établissements de santé et les établissements médico-sociaux ;
- évalue ces prises en charge.

Les professionnels des secteurs d'activités grâce à un travail en équipe pluri professionnel et interdisciplinaire mettent en place une démarche d'amélioration continue des prises en charge centrée sur le patient et son entourage.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique de l'Elorn à Landerneau est un établissement faisant partie d'un pôle hospitalier privé du Groupe Elsan qui regroupe trois cliniques sur le secteur de Brest. Dans le cadre de cette offre de soins diversifiée, la Clinique de l'Elorn dispose de 67 lits de SSR avec une spécialisation à caractère gériatrique. Un projet de regroupement avec une clinique privée de SSR de réadaptation, la Clinique Kerléna de Roscoff (Projet Cap Horn), est en cours de réalisation sur un site toujours situé à Landerneau.

La clinique de l'Elorn est inscrite dans la filière gériatrique du territoire de santé de Brest. Une politique du parcours patient a été rédigée au regard de l'évolution des orientations stratégiques, des recommandations professionnelles, de la réglementation, des EPP. Reposant sur les orientations du CPOM, elle est la déclinaison du projet médical d'établissement.

Un groupe de travail a été créé pour identifier les risques a priori au travers de l'analyse du processus parcours patient, les Événements Indésirables ont permis d'identifier les risques a posteriori. Ces 6 risques: non continuité des soins, traçabilité des écrits des kinésithérapeutes, les chutes, les fugues, les urgences vitales et les pansements complexes ont été hiérarchisés selon la méthodologie HAS. Des plans d'actions ont été mis en œuvre pour chaque risque. Ceux ci sont intégrés dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus ont été désignés (la directrice des soins et une IDE). Leurs fiches de missions sont rédigées.

Un appel à candidature a été effectué sur la base du volontariat pour constituer le groupe de travail pluridisciplinaire. Il est constitué d'une douzaine de membres: aides soignants, IDES, assistante sociale, kinésithérapeute..

Les besoins en formation continue ont été identifiés, notamment en ce qui concerne les urgences vitales. Un parcours d'intégration a été mis en place pour les nouveaux arrivants, ceux ci sont également doublés une journée de 12H.

Une gestion documentaire électronique est disponible et accessible : procédure relatives au chemin clinique description du chemin clinique, parcours patient notamment.

La prise en charge des populations démunies est organisée.

La permanence des soins est assurée 24H/24. Les modalités des gardes médicales et administratives sont connues des professionnels et affichées dans les postes de soins.

Une procédure visant à prendre en charge les personnes se présentant en urgence à l'accueil a été rédigée. Elle décrit la conduite à tenir et les numéros d'urgence.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La politique parcours patient est déclinée auprès des équipes au travers des staffs hebdomadaires réunissant l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire. Les agents de la clinique Elorn sont informés des objectifs et plans d'actions par le biais de la lettre accompagnant leur bulletin de salaire (Kanidig) ainsi que par les affiches action Elorn (point qualité). Les équipes participent au recueil des indicateurs, à la déclaration et à l'analyse des EI (165 pour les 6 premiers mois de 2017) notamment les chutes, le manque d'éléments transmis par les établissements adresseurs..

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles sont disponibles dans les unités. La maintenance est assurée conformément aux règles définies. Dans le cas du matériel d'urgence: un chariot d'urgence, défibrillateur, et bouteilles d'oxygène sont disponibles dans la salle de soins du service du premier étage, les équipes de jour et de nuit le vérifient en alternance afin de mieux connaître le matériel. La clinique de l'Elorn a formé les personnels soignants et non soignants aux gestes d'urgence après avoir effectué un audit sur leurs connaissances(19 en 2017); à la prise en charge de la douleur (4 IDE), l'identitovigilance(20 personnes en 2017) et le risque infectieux (14 IDE en 2017). La documentation est disponible sur l'intranet, elle est accessible et actualisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La clinique de l'Elorn accueille des patients en hospitalisation programmée. L'établissement après avoir pris connaissance des éléments de pré admission se met en contact avec l'établissement adresseur; ceci permet de préparer au mieux la prise en charge.

La procédure d'accueil est formalisée au travers d'un chemin clinique reprenant toutes les étapes et tous les intervenants.

Le patient est accueilli par une secrétaire qui est en charge de la partie administrative, elle remet le livret d'accueil. La traçabilité n'est pas retrouvée dans le dossier patient. Elle prépare le bracelet d'identification.

L'aide soignante accompagne le patient dans sa chambre, lui présente les locaux puis effectue la première évaluation paramédicale (poids, taille, grille AGGIR, NORTON, risque de chute), recueille la désignation de la personne à prévenir et de la personne de confiance.

L'infirmière effectue une prise des constantes, établit un bilan initial de douleur et retire s'il y a lieu les médicaments personnels du patient suivant la procédure.

Le médecin effectue un bilan clinique complet (vérification identité, recherche antécédent, état nutritionnel, état psychologique...) et établit si besoin la prescription médicamenteuse, une prise en charge pour des séances de kinésithérapie, la prescription nutritionnelle et une prescription d'analyse de biologie.

Le bilan d'entrée nutritionnel est clinique et biologique, les diététiciennes élaborent des menus adaptés avec compléments alimentaires. Elles assurent un suivi hebdomadaire de la prise en charge nutritionnelle.

Lors du staff pluridisciplinaire hebdomadaire, le projet de soins est élaboré et une date de sortie est déterminée. Le patient et son entourage sont informés du projet de sortie et du délai.

La douleur morale est évaluée systématiquement à l'aide d'une grille de détection de 10 questions, en cas de souffrance morale un avis médical ou psychologique est requis. L'établissement peut faire intervenir l'association de bénévoles et un aide soignant est formé à l'hypnose.

La clinique de l'Elorn dispose de 2 autorisations d'ETP sur l'éducation nutritionnelle et la nutrition parentérale. Le départ d'un médecin en empêche la mise en œuvre actuellement. L'établissement s'appuie sur 2 réseaux: l'appui santé diabète et la plate forme ETP Brest.

Les professionnels notamment les diététiciennes effectuent de l'éducation à la santé avec des supports d'information : alimentation riche en protéines, alimentation enrichie, hypo et hyperglycémie, nutriments et cancers....

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du processus Parcours Patient par le biais de différentes méthodes. Les différentes étapes du processus font l'objet d'une évaluation avec la mise en œuvre de la méthode du patient traceur.

Des EPP sont menées: chutes, contention, douleur, prise en charge des patients en fin de vie..

Des audits réguliers sont menés: douleur, prise en charge nutritionnelle, traçabilité des observations des kinésithérapeutes

La clinique de l'Elorn a mis en place un certain nombre d'indicateurs : nombre de soignants formés à la prise en charge des urgences, nombre de chutes, nombres d'éléments fournis par les établissements adresseurs, nombre de patients ayant bénéficié d'une prise en charge sociale....Les IPAQSS sont mesurés hors protocole.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Les actions d'amélioration mises en œuvre, concernant le processus parcours patient, sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel, la stratégie de l'établissement étant ajustée en fonction des démarches d'évaluation et du suivi des indicateurs.

L'établissement a mis en place des actions d'amélioration: un travail avec les établissements adresseurs, des affiches à destination des patients sur la prévention des chutes, la grille de détection de la douleur morale...

Les résultats des évaluations sont communiqués par voies d'affichage en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. La présence des représentants des usagers dans différentes instances qualité permet de les associer pleinement.

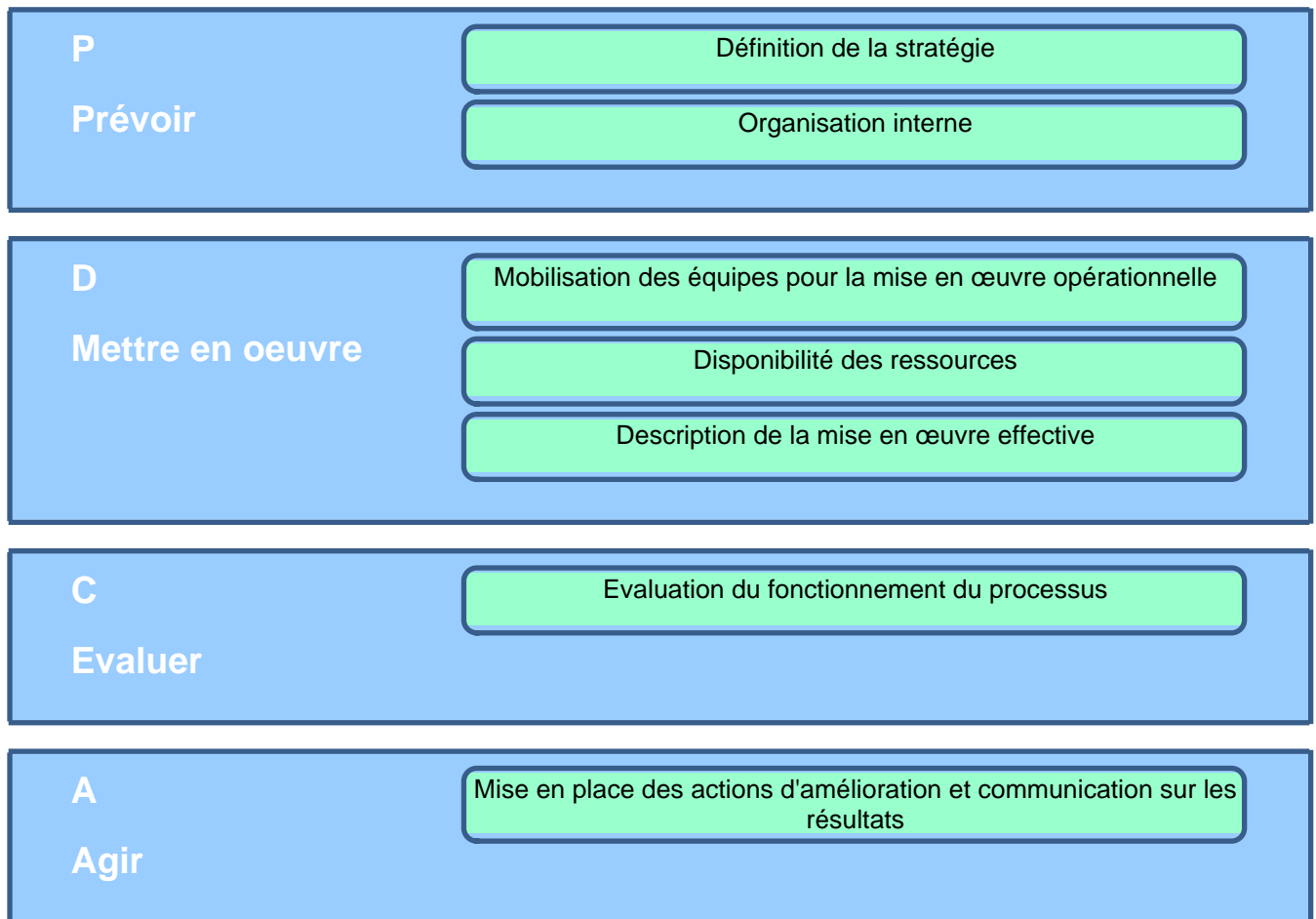
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique de l'Elorn à Landerneau est un établissement faisant partie d'un pôle hospitalier privé du Groupe Elsan qui regroupe trois cliniques sur le secteur de Brest. Dans le cadre de cette offre de soins diversifiée, la Clinique de l'Elorn dispose de 67 lits de SSR avec une spécialisation à caractère gériatrique. Un projet de regroupement avec une clinique privée de SSR de réadaptation, la Clinique Kerléna de Roscoff (Projet Cap Horn), est en cours de réalisation sur un site toujours situé à Landerneau.

L'établissement a défini sa politique de gestion du dossier du patient ; le programme qui en découle est présenté annuellement aux instances y compris à la CDU. L'informatisation du dossier médical est présente dans tous les secteurs d'activité. Elle est structurée autour d'un logiciel de gestion administrative interfacé avec le logiciel du dossier du patient qui comprend les fonctionnalités soignantes: dossier médical, soignant médicotechnique et de prescription médicamenteuse. L'établissement a déployé ce nouveau dossier patient électronique en mars 2016 afin d'harmoniser ses pratiques avec son futur partenaire sur le site en cours de construction. Une partie papier est conservée pour les données requises ou externes : copie des documents d'identité, des engagements ou souhaits du patient ainsi que les documents médicaux externes et les résultats d'analyse ou d'imagerie. De même, certaines fiches thématiques non encore informatisées sont sous forme papier : évaluation de la douleur morale par exemple.

La politique et les objectifs retenus sont dictés par les conditions de fonctionnement spécifiques à l'établissement dont le cœur de métier est la prise en charge en SSR de personnes âgées. Les objectifs retenus sont fondés sur une analyse des besoins et des risques validés par les instances.

Une analyse des risques relatifs au dossier du patient a été réalisée par le biais d'une cartographie et déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé, lui-même intégré au plan global de l'établissement. Sur ce processus, l'établissement a identifié 6 risques et définis 12 plans d'action en corrélation avec ceux-ci dans son Compte Qualité qui est une émanation de son PAQSS global.

ORGANISATION INTERNE

La Clinique de l'Elorn a mis en place une organisation pour piloter la gestion du dossier du patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes des professionnels. La directrice des soins est la référente qui pilote en interne le processus du Dossier du Patient en association avec l'éditeur du logiciel. Elle délivre les habilitations des personnels à l'utilisation de dossier. Elle est chargée de mettre en œuvre et de traiter les actions d'évaluation et d'amélioration. Une infirmière est désignée en tant que co-pilote du processus. Une charte d'utilisation engage les professionnels.

Une organisation du traitement des demandes de dossiers est en place afin d'assurer le respect des délais réglementaires à l'accès du patient à son dossier. La secrétaire médicale est chargée de préparer les envois en lien avec le médecin concerné par la demande et la direction.

En cohérence avec les besoins et risques identifiés, les ressources humaines sont en place en termes d'effectif. Des formations sont dispensées à l'attention des nouveaux arrivants ainsi qu'un tutorat qui permet d'accompagner l'appropriation du fonctionnement du dossier. La pharmacienne de la clinique est chargée de l'hémovigilance. Les ressources documentaires relatives à l'ensemble du dossier du patient sont diffusées dans un tutoriel informatique présent sur tous les postes.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité par le biais de protocoles dûment validés.

Les règles d'accès au dossier sont formalisées et organisées par un Guide d'Utilisation du DPI. Les protocoles et les procédures définissant les règles de tenue du dossier sont présents et validés. Ils traitent en particulier de la composition du dossier, des conditions d'écriture et d'accès, de l'archivage et de la protection des données. Des modalités de fonctionnement en mode dégradé sont prévues pour pallier à une éventuelle rupture du fonctionnement du dossier électronique. L'établissement peut avoir recours au service d'une « hot line » dans le cadre de son contrat avec l'éditeur du logiciel. Les locaux, équipements et maintenance sont adaptés aux besoins: les infirmeries et les bureaux médicaux sont équipés de terminaux et portables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle de la gestion du dossier du patient de la Clinique de l'Elorn est organisée par le management de l'établissement: direction, CME, cadre pilote du DPI, cadres soignants et responsable du Système d'Information du Groupe.

Le processus s'organise en plans d'action et en objectifs d'amélioration inclus dans le PAQSS/CQ général. Les évènements indésirables, les plaintes et réclamations ainsi que les demandes de dossier sont analysés par les responsables en lien avec leurs équipes.

Les cadres soignants sont impliqués dans les actions de sensibilisation des équipes aux risques inhérents au fonctionnement du dossier du patient, en particulier pour en prévoir et accompagner l'adaptation aux besoins émanant du terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence pour la gestion du dossier de la Clinique de l'Elorn sont effectives. Le service des admissions, chargé de la programmation des entrées, comme le secrétariat médical, maîtrisent les logiciels.

Les évolutions du dossier sont connues dans les services ; les professionnels les ont intégrées dans leurs pratiques. Pour cela, la cadre en charge du DPI et l'éditeur organisent des séquences d'accompagnement des équipes en lien avec le fonctionnement du dossier de soins. De nombreuses réunions de formation ont eu lieu en 2016 et 2017 pour accompagner le déploiement du nouveau logiciel. A titre d'exemple on peut citer 3 formations à l'utilisation du plan de secours, 4 sensibilisations à l'identitovigilance avec un support filmé (27 personnes concernées).

Le Dossier du Patient Informatisé permet de créer et de tracer en temps utile les éléments constitutifs en fonction des étapes de la prise en charge du patient. Il existe des modules spécifiques à chaque métier impliqué dans la prise en charge.

L'archivage des dossiers antérieurs à l'informatisation est réalisé ainsi que pour la partie papier des dossiers actuels. Il est suivi dans des locaux adaptés et organisés sous la responsabilité du secrétariat médical. Les dossiers sont accessibles 24h sur 24 en conformité avec les règles d'accès aux archives pour garantir la protection des données. Désormais, les dossiers électroniques sont conservés dans une base de données accessible en instantané. La Clinique prévoit la mise en œuvre prochaine du « scannage » des documents papier en provenance des structures externes. De même, l'implémentation automatisée des résultats d'analyse biologique des patients est inscrite dans les projets futurs.

Des documents d'information relatifs aux droits d'accès à son dossier sont fournis aux patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de fonctionnement du dossier du patient la Clinique de l'Elorn sont connues et mises en œuvre par les professionnels. Ainsi, la visite a permis de constater la traçabilité au fil de l'eau des éléments constitutifs de la prise en charge des patients : motif de l'hospitalisation, observations médicales, infirmières et médicotechniques, constantes, prescriptions, compte rendu d'hospitalisation. Les pièces constitutives du dossier comportent les identités du patient et du professionnel qui intervient. Elles sont horodatées.

Les informations nécessaires à la continuité des prises en charge sont présentes sur l'ensemble des secteurs d'activité grâce au dossier partagé. Ce dernier comprend les éléments transmis par les prestataires externes : les résultats de biologie, les observations ou résultats des consultants et des prestataires externes. Les règles du respect de la confidentialité des informations transmises aux professionnels d'aval sont respectées, en particulier lors des consultations externes.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais requis en fonction de l'ancienneté du dossier. Les demandes de dossier sont peu nombreuses : 8 en 2016.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Clinique de l'Elorn suit régulièrement l'évaluation de la gestion du dossier patient selon les indicateurs qu'il a défini.

Les IPAQSS sont renseignés. Par ailleurs, l'établissement a mis en place une stratégie de suivi par la programmation d'audits ciblés sur les indicateurs qu'il s'est donné. C'est ainsi que plus de 20 indicateurs sont suivis chaque année dans les domaines relevant du DPI.

La conformité des données et le suivi de la traçabilité sont examinés par des analyses de dossiers sur le médicament, la douleur, l'identitovigilance, les intervenants internes et externes. Les indicateurs HN font apparaître des résultats conformes aux attentes de la HAS. Des enquêtes et audits internes examinent également les bonnes pratiques en matière de saisie des identités, le parcours des planches d'étiquettes, l'application des bonnes règles d'identification à l'accueil, la pose de bracelets d'identification.

Les délais de transmission des dossiers demandés par les patients sont suivis et conformes à la réglementation. Un bilan annuel du PAQ spécifique au dossier du patient est réalisé annuellement dans le cadre du COPIL.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Le Dossier Patient de la Clinique de l'Elorn fait l'objet d'actions d'amélioration et de réduction des risques incluses dans le PAQSS et décrites dans le Compte Qualité. Des mesures complémentaires sont programmées en fonction des résultats.

Parmi les actions d'amélioration constatées : amélioration de la traçabilité de la prise en charge de kinésithérapie; amélioration de la couverture des bornes Wi-Fi dans les services. La mise en place de l'intégration électronique des documents papier est inscrite dans les prochains développements du dossier électronique.

Le programme d'amélioration du Dossier Patient est réévalué en lien avec les services du Groupe. Le résultat des actions d'amélioration est communiqué et diffusé aux personnels de l'établissement lors des réunions de service ainsi que par les comptes rendus des instances. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de la CDU.

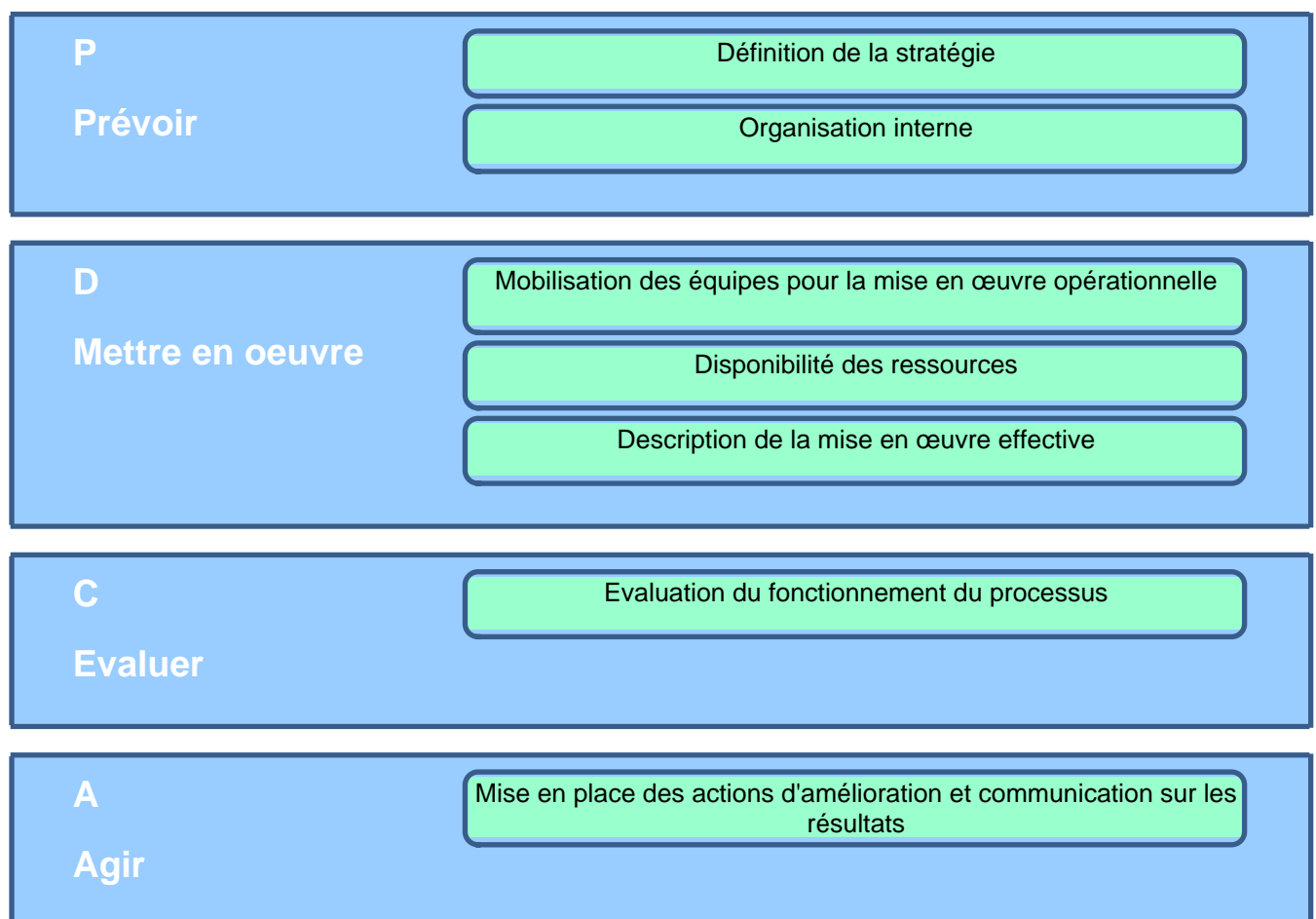
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de la mise en place et du suivi par l'établissement d'une politique / programme d'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique du management de la prise en charge médicamenteuse a été rédigée. Ce document définit les orientations stratégiques en matière de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient. La politique du management de la prise en charge médicamenteuse est en cohérence avec le projet d'établissement, les orientations stratégiques qualité sécurité des soins, et la politique de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Elle s'articule avec les autres politiques de l'établissement. Une politique spécifique sur les populations les plus vulnérables, notamment les personnes âgées, formalisée au sein de la structure identifie les risques liés à l'utilisation de certains médicaments comme : les benzodiazépines, les psychotropes.. Une cartographie des risques a été élaborée à partir de l'analyse du processus pour l'identification des risques à priori et sur l'analyse des événements indésirables et la méthode du patient traceur pour les risques à postériori. Ces risques (interruption de tâches, erreurs médicamenteuses, médicaments identifiables jusqu'à l'administration, patients dits autonomes..) ont été évalués selon les échelles à 5 niveaux de la HAS (gravité, fréquence et maîtrise). Des plans d'actions ont été mis en œuvre pour chaque risque. Ceux ci sont intégrés dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de management de la prise en charge médicamenteuse. Les rôles et les responsabilités sont identifiés. Le pharmacien est désigné responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse . Le pharmacien travaille, dans la mise en œuvre de la politique, en étroite collaboration avec la CME, la cellule qualité, le groupe de travail pluri professionnel et les vigilants par l'application du programme d'actions. Les moyens matériels sont mis à la disposition des équipes pour garantir une sécurisation du circuit du médicament optimale et ceci par le biais de procédures et protocoles formalisés et actualisés, par l'informatisation complète du circuit . L'ensemble du circuit du médicament (prescription, dispensation, stockage, administration) est défini et formalisé dans diverses procédures. Un comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est constitué. Il se réunit au moins 3 fois par an. Une fois par an, le COMEDIMS est couplé au comité des fluides médicaux. Un point antibiotiques est fait trimestriellement par le pharmacien. La clinique de l'Elorn dispose d'une Pharmacie à Usage Interne. Il existe un parcours d'intégration pour les nouveaux arrivants avec une sensibilisation aux erreurs médicamenteuses La conciliation des traitements médicamenteux est engagée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La gestion des interfaces entre la PUI et les services de soins est organisée, notamment par les modalités de dispensation et l'organisation de la permanence pharmaceutique; la gestion des avis pharmaceutiques; les réunions pluridisciplinaires et pluri professionnelles; les staffs dans les unités de soins L'établissement a établi un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre professionnels des différents secteurs d'activité au moyen du staff hebdomadaire, du point ACTU QUALITE, de la journée des instances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe de la PUI se compose d'un pharmacien (0,7ETP) et d'une préparatrice (0,6 ETP). Des référents, identifiés parmi les soignants, assurent le lien entre les instances de pilotage et le terrain et sont force de proposition d'actions d'amélioration. Une liste des prescripteurs habilités est mise à jour régulièrement. Les équipes médicales et paramédicales disposent d'outils d'aide à la prescription ou à l'administration. Une formation à la prise en charge médicamenteuse a eu lieu en 2017, 15 personnes en ont bénéficié. Un livret thérapeutique est rédigé. Des documents ou plaquettes d'informations sont à disposition des usagers notamment sur les AVK. Les locaux de la pharmacie, les armoires et les chariots à médicaments des services de soins et autres équipements sont conformes et fonctionnels. Le circuit du médicament est entièrement informatisé. L'établissement dispose d'ordinateurs fixes et

mobiles, d'un réseau wifi.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence pharmaceutique est organisée, un mode opératoire précise les modalités de recours en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie. Un chariot "tampon" est à disposition des 2 services en cas de besoin urgent lors de la fermeture de la pharmacie.

Une convention avec une clinique proche et l'appel à l'administrateur de garde est prévu si le chariot tampon ne répond pas au besoin.

Lors des périodes d'absence (vacances par exemple) du pharmacien, il est fait appel à des remplaçants.

Le dispositif de pharmacovigilance est opérationnel.

L'informatisation complète du circuit du médicament assure le respect des règles de prescription. Les indicateurs IPAQSS confirment la conformité de la rédaction des prescriptions médicamenteuses en cours de séjour (100% en 2016).

Le traitement personnel du patient lui est retiré à l'admission et donné à la famille s'il y a lieu ou stocké à la pharmacie. Les médicaments du traitement personnel faisant toujours partie de la prescription sont remis au patient à sa sortie.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée, lors du retour à domicile le patient et sa famille sont informés de se rendre à l'officine de ville. L'appel à la pharmacie de ville et le fax de l'ordonnance peut être organisé pour une livraison à domicile si besoin. Lors de sorties dans une institution l'ordonnance de sortie est faxé 24h auparavant.

L'analyse pharmaceutique est effective via le logiciel, le pharmacien émet un avis sur la prescription (favorable, alerte sur une association, défavorable).

La dispensation est nominative. Le pharmacien délivre le traitement (hors stupéfiants) pour une période de 8 jours.

La PUI ne réalise pas de préparation pharmaceutique.

Les règles de gestion, de rangement, de transport des médicaments sont respectées et ce particulièrement pour les médicaments à risque et les stupéfiants.

Les livraisons des médicaments sont effectuées par le pharmacien dans des caisses sécurisées tous les jours dans les services pour les modifications de traitement et les admissions. La préparatrice utilise le chariot de médicaments sécurisé pour la livraison hebdomadaire dans les services.

Les bonnes pratiques d'administration sont mises en œuvre (hygiène, contrôle de la prescription et du produit, identitovigilance...). L'administration est validée en temps réel.

L'information du patient sur son traitement et les effets secondaires est réalisée par le médecin. L'éducation est réalisée notamment pour les AVK et les médicaments cytotoxiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique de l'Elorn réalise différents audits du circuit du médicament : évaluation de la prescription chez le sujet âgé, la préparation des piluliers, les règles de bon administration (5B), patient traceur...

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés et assurés, y compris pour les événements indésirables graves.

Les événements indésirables sont traités en staff hebdomadaire, des CREX sont menés, les personnels formés à la méthode ORION.

Des indicateurs ont été mis en place: pourcentage de prescriptions médicamenteuses conformes, nombre de personnels soignants formés à la thématique...

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS

Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux évaluations du processus, notamment la mise en place d'une chasuble identifiant l'IDE en charge du traitement médicamenteux lors de la vérification des piluliers et de l'administration, la mise en place d'un chariot tampon, l'amélioration du système wifi.

L'établissement a acquis de nouveau chariot de médicaments et de coffres à stupéfiants plus conformes aux besoins des utilisateurs.

En ce qui concerne la prescription médicamenteuse, les protocoles d'antibiothérapie ont été modifiés, un médecin référent infectiologue nommé.

Les résultats, les actions d'amélioration font l'objet d'une communication aux professionnels et aux instances concernés.